

婦人科 再診問診票

受診日 西暦 年 月 日

氏名

1. 今日はどうなさいましたか？

- 前回の続き
- 薬の継続処方
- 結果を聞きにきた
- 前回と違う症状、または相談したいことがある

どのような症状が、いつから、何日くらい続いていますか？

{ _____ }

2. 最終生理についてお聞きします

- 閉経した (_____ 歳)
- 薬で止めている
- 最終生理 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

3. 前回の受診から変更があった方は記入してください

- 性交渉あり
- 薬の内服 { _____ }
- 病気 { _____ }
- 住所・電話番号の変更 { 〒 _____ }

4. 下記のお薬を内服・使用している方は、お薬に○をつけてください

ピル (ドロエチ / ヤーズフレックス / フリウェル / アンジュ / マーベロン / ラベルフィーユ / ジェミーナ)
ホルモン補充療法 (メノエイド / ル・エストロジェル / エフメノ / エストラジオール / エストラナテープ)
レルミナ / リュープリン

4のお薬を内服・使用している方のみ、下記の質問にご記入ください

* 前回の受診後、次のような症状がありましたか？

- ① 片方のふくらはぎの痛みとむくみ はい ・ いいえ
- ② 突然の激しい頭痛 はい ・ いいえ
- ③ 激しい胸の痛み はい ・ いいえ
- ④ 喫煙 1 日 _____ 本

* シート数は何枚希望しますか？ (_____ 枚)

※最初の3ヶ月は副作用の出現率が高いため1シートごとの処方、その後は最大3シートごとになります。

* 今後4週間以内に手術の予定はありますか？ はい ・ いいえ

* 血圧・体重を測定し、値を記入してください

最高血圧	最低血圧	脈拍数	体重
			kg

ご記入が済みましたら受付にお持ちください。